

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES HÉMATIQUES
DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 30 Novembre 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. GŒPFERT (Joseph-Gabriel-André)

Né le 7 Mai 1910, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. LUCIEN, Professeur. . .	Président
		BINET, Professeur . . .	Juges
		MUTEL, Agrégé . . .	
		GUILLEMIN, Agrégé . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & C^{ie}

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES HÉMATIQUES DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 30 Novembre 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Gœpfert (Joseph-Gabriel-André)

Né le 7 Mai 1910, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. LUCIEN, Professeur. . .	} <i>Président</i>	
		BINET, Professeur . . .		
		MUTEL, Agrégé . . .		} <i>Juges</i>
		GUILLEMIN, Agrégé . . .		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & C^{ie}

1937

UNIVERSITE DE NANCY — FACULTE DE MEDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I O ; WEISS, O *, I O ;

BOUIN, O *, I O ; ANCEL, *, I O ; GARNIER, *, I O ;

MACÉ, *, I O ; P. PARISOT, O *, I O ; M. DUFOUR, *, I O.

HOCHÉ, O *, I O ; FRÖLICH, *, I O ; LAMBERT, *, I O.

Professeurs :

Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I O.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. P. JACQUES, *, I O.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O *, I O.
Histologie.....	M. R. COLLIN, *, I O.
Anatomie descriptive.....	M. M. LUCIEN, O *, I O.
Clinique médicale.....	M. L. RICHON, *, I O.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, *, I O.
Clinique médicale.....	M. M. PERRIN, *, I O.
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, C *, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. HAMANT, *, I O.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, *, I O.
Physiologie.....	M. SANTENOISE, *, I O, A O.
Clinique des maladies des enfants....	M. L. CAUSSADE, *, I O.
Bactériologie et parasitologie médicale.	M. DE LAVERGNE, *, I O.
Thérapeutique.....	M. SIMONIN, I O.
Clinique gynécologique.....	M. BINET, *, I O.
Pathologie chirurgicale.....	M. M. BARTHÉLEMY, *, I O.
Hydrologie.....	N.
Anatomie pathologique.....	M. L. JOB, *, I O.
Professeurs sans chaire.....	M. WATRIN, *, I O.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses...	M. ABEL, *, I O, agrégé.
Pathologie générale.....	M. P. SIMONIN, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. DROUET, I O, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses...	M. GUILLEMIN, A O, agrégé.
Clinique des vieillards.....	M. DE LAVERGNE, *, I O, professeur.
Propédeutique dermatologique.....	M. DROUET, I O, agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	M. WATRIN, *, I O, prof sans chaire.
Accouchements (cours théorique).....	M. G. LAMY, *, I O, ch. du c. ag. lib.
Obstétrique.....	M. JOB, *, I O, professeur sans chaire.
Clinique propédeutique médicale.....	M. VERMELIN, *, I O, agrégé.
Anatomie et Médecine légale.....	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne.....	M. MUTEL, *, I O, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. ABEL, *, I O, agrégé.
Education physique (1).....	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail.....	M. L. MERKLEN, A O, agrégé.
Clinique neurologique (1).....	M. L. MERKLEN, A O, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1).....	M. MICHON, docteur.
Parasitologie.....	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

M. MERKLEN, I O.	M. WOLFF, A O.	M. GUILLEMIN, A O.
M. FLORENTIN, O.	M. MELNOTTE, O *, A O.	M. ABEL, *, A O.
M. BODART.	M. MUTEL, *, I O.	M. DROUET, A O.
M. CHALNOT.	M. VERMELIN, *, A O.	M. KISSEL.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I O ; S. RÉMY, I O ; BUSQUET, I O.

LAMY, *, I O ;

M. E. TRIBOLET, I O, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MA MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR RENÉ GÖPFERT
Ancien Chef de Clinique médicale infantile
Médecin de l'Hôpital d'Enfants de Maxéville

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE
M. LE PROFESSEUR GASTON MICHEL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR LUCIEN
Professeur d'Anatomie
Officier de la Légion d'honneur

A MES JUGES :
M. LE PROFESSEUR BINET
Professeur de Clinique gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MUTEL
Chargé de Cours de Médecine légale
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMIN
Professeur agrégé de Thérapeutique chirurgicale
et de Technique opératoire

*Qu'ils veuillent bien accepter ici nos
remerciements et l'hommage de nos
sentiments les plus respectueux.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

A. M. LE DOCTEUR GUIBAL
Chirurgien des Hôpitaux

AVANT-PROPOS

Nous avons entrepris ce travail sur la proposition du regretté professeur Gaston MICHEL; avant tout, qu'on nous permette de nous incliner devant les éminentes qualités de ce grand chirurgien et de cet homme de bien, qui resteront longtemps gravées dans la mémoire de ceux qui l'ont connu et aimé.

L'un de ses assistants, le docteur GUIBAL, chirurgien des hôpitaux, avait observé récemment, dans sa clientèle, un cas de tumeur abdominale dont le diagnostic ne put être précisé qu'après l'intervention chirurgicale : il s'agissait d'une tumeur kystique du grand épiploon à contenu hématique.

Le docteur GUIBAL a bien voulu nous permettre d'utiliser cette observation et nous guider dans cette étude; nous lui en sommes reconnaissant.

Le professeur LUCIEN nous a donné le résultat de ses recherches anatomiques et histologiques et nous a éclairé de ses conseils dans leur interprétation; nous l'en remercions bien vivement.

Le docteur SABOTIER nous a donné tous les détails utiles sur l'acte opératoire; nous lui exprimons notre gratitude.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention, dans ce travail, d'étudier toutes les tumeurs kystiques du grand épiploon; nous éliminerons de suite les kystes hydatiques, qui ont des caractères bien tranchés, les kystes épiploïques des sacs herniaires et les kystes épiploïques secondaires, qui sont en général des greffes de kystes ovariens.

Notre observation nous servira de point de départ pour donner un aperçu de l'aspect clinique de ces tumeurs et de la difficulté du diagnostic; nous verrons que même en se limitant aux tumeurs kystiques primitives intra-abdominales, il existe encore de nombreuses espèces de tumeurs et que leur classification est difficile, car, pour être précise, elle ne peut être basée que sur les examens histologiques, qui font défaut dans la plupart des observations publiées.

Nous verrons enfin, après quelques considérations sur le pronostic et le traitement, combien est obscure la pathogénie de ces tumeurs kystiques, et nous essaierons de dégager, au moins pour certaines de ces tumeurs, quelques notions pathogéniques à la lueur des idées nouvelles sur les apoplexies viscérales.

OBSERVATION

Kyste hématique du grand épiploon chez une ancienne diabétique.

M^{me} X..., 52 ans, réglée à 17 ans régulièrement. 4 enfants en bonne santé, pas de fausses couches.

En 1934, ictus ayant entraîné une hémiplégie passagère; à ce moment on s'aperçoit que la malade est une diabétique (16 gr. de sucre au litre dans les urines et 0,20 d'acétone). En avril 1936, la malade est examinée par un médecin qui ne trouve plus aucune trace de l'hémiplégie : sucre urinaire 4 gr. 50, tension 21-12; grosse hypertrophie du foie et obésité très accentuée. Un régime améliore lentement l'état général; les règles, qui avaient cessé au moment de l'ictus, en 1934, ont reparu en 1935, pour cesser définitivement en août 1936.

Le 1^{er} septembre, le médecin est appelé parce que la malade souffre dans tout l'abdomen depuis trois semaines. L'obésité de la malade rend l'examen difficile; on perçoit de la matité dans la fosse iliaque gauche, sans rien de précis. Huit jours plus tard, un nouvel examen ne décèle plus aucune matité; la douleur n'est plus généralisée, mais localisée à gauche.

Le 10 décembre, le médecin est rappelé pour une crise douloureuse gauche très violente, simulant une crise de colique néphrétique. L'examen montre une énorme tumeur qui remplit tout l'hypogastre et dépasse l'ombilic : les douleurs s'atténuent progressivement et la malade est adressée au chirurgien le 30 décembre 1936.

On constate chez cette femme obèse un abdomen distendu par une volumineuse tumeur dépassant largement l'ombilic, donnant au palper une impression kystique, comme un kyste de l'ovaire; la tumeur est mate à la percussion, il existe de la sonorité dans les flancs. Au toucher, utérus mobile, culs-de-sacs libres, à bout de doigt on ne perçoit pas l'énorme tumeur abdominale : le diagnostic posé est alors celui de kyste de l'ovaire.

La malade n'a plus de sucre dans les urines, la glycémie est à 1 gr. 30, urée 0,24, acide urique 0,034, cholestérol 2 gr. 43, albumine totale au litre de sérum, 95 gr.; il n'y a pas de signes d'hypertension.

Malgré le mauvais état général de la malade, son ancien ictus et son diabète antérieur, l'intervention est conseillée.

Après préparation de la malade par un régime alimentaire approprié et des injections d'insuline pour abaisser la glycémie, l'intervention est pratiquée par le docteur Sabotier, en l'absence du docteur Guibal, le 7 janvier 1937.

Après injection de génoscopolamine-morphine et anesthésie générale au Schleich, on pratique une laparotomie médiane, sus et sous-ombilicale, et on constate aussitôt la présence d'un léger épanchement ascitique faisant penser à un kyste multiloculaire. L'abdomen est rempli par une énorme poche kystique ayant toutes les apparences d'un kyste de l'ovaire; l'épiploon ne recouvre pas la tumeur, il semble faire corps avec elle; il existe seulement à la partie supérieure, à trois travers de doigt de la grande courbure, trois zones épiploïques adhérentes à la tumeur.

Les adhérences et le volume de la tumeur rendent infructueux les essais d'extraction, et l'on se décide à ponctionner le kyste : il s'écoule 5 à 6 litres d'un liquide noirâtre d'aspect hématique. Les adhérences épiploïques sont ensuite sectionnées entre deux ligatures; quelques adhérences intestinales lâches, situées à la partie postérieure de la tumeur, sont libérées et la poche peut être extraite facilement : on ne constate la présence d'aucun pédicule ni

d'aucune adhérence avec les organes pelviens; il n'y a pas de liquide dans le petit bassin.

L'utérus, les trompes et les ovaires ne présentent aucune anomalie dans leur structure et dans leur aspect; il n'y a aucune trace de pédicule.

Les suites opératoires furent simples : la malade sort de la clinique quinze jours après l'intervention et, depuis, elle n'a jamais présenté aucun trouble du côté abdominal.

Examen morphologique et histologique. — La pièce est examinée au point de vue morphologique et histologique au laboratoire du professeur Lucien.

C'est une vaste poche de forme ovalaire qui, bien que vidée de son contenu, a encore des dimensions supérieures à celles de la tête d'un enfant nouveau-né; elle mesure environ 17 cm. sur 14; sa surface est lisse, régulière, de coloration blanc nacré, parcourue par un lacis veineux important; certaines zones sont épaissies et présentent une consistance cartilagineuse; les autres zones, les plus nombreuses, ont la consistance du parchemin. A la partie supérieure, on constate qu'elle semble se continuer avec l'épiploon qui la recouvre en partie seulement et semble ailleurs faire corps avec elle : à ce niveau, elle s'épaissit considérablement et on remarque des franges adipeuses qui s'étalent à sa surface.

Cette zone d'adhérence a un aspect tout à fait différent de la poche elle-même; elle a une dimension de 0,10 de largeur sur 0,04 de hauteur.

A l'intérieur de la poche, on constate la présence d'un liquide de couleur ocre, avec des dépôts fibrino-cruoriques de même teinte, adhérant fortement à la paroi qui est en général de teinte noire et d'aspect lisse.

A la partie supérieure de la poche, on constate cependant que ces dépôts sont très adhérents et semblent faire corps avec la coque.

En résumé, il semble qu'il y ait deux zones d'apparence différente : extérieurement et intérieurement.

L'examen histologique a été effectué sur des coupes pratiquées au niveau de la zone d'adhérence, dans la partie la plus épaisse de la coque. Plusieurs couches se distinguent nettement, en allant de la partie interne vers la partie externe.

Tout d'abord une couche fibrineuse, où l'on distingue quelques globules rouges et quelques mononucléaires, puis une couche mince où l'on constate un début d'organisation caractérisé par la présence de petites trabécules fibrineuses et de petits capillaires; il n'y a pas trace d'éléments endothéliaux. Vient ensuite une couche plus épaisse formée de tissu fibrineux abondant, de différenciation beaucoup plus nette : on y remarque de nombreux leucocytes et des vaisseaux sanguins de calibre plus fort.

Çà et là, il existe de petits espaces clairs correspondant à de la fibrine en dégénérescence, ce qui donne à cette couche un aspect aréolaire.

Enfin vient une couche encore beaucoup plus épaisse, qui constitue la majeure partie de la paroi; elle est formée de tissu fibreux très dense, avec des éléments fibro-plastiques très allongés, d'un tissu conjonctif serré sans leucocytes. Les vaisseaux ont une paroi plus différenciée que dans les autres couches.

On se rapproche ensuite de la zone d'adhérence à l'épiploon : on distingue alors de plus gros vaisseaux artériels et veineux, dont la paroi ne présente pas d'altérations pathologiques et on retrouve l'aspect classique de l'épiploon caractérisé par du tissu cellulo-adipeux avec de gros placards graisseux; cependant de gros amas lymphocytaires épais, véritables nodules lymphoïdes, sont à signaler; ils changent un peu l'aspect habituel des coupes d'épiploon.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On peut dire que notre observation se rapporte bien à un cas de tumeur kystique de l'épiploon à contenu hématique.

La littérature médicale n'abonde pas en cas de ce genre; il est vrai que les kystes de l'épiploon en général ne sont pas connus depuis bien longtemps.

Si, en 1882, une observation a été publiée par Gaerdner, à Londres, concernant un kyste situé sous le feuillet antérieur du grand épiploon, trouvaille d'autopsie du reste, il faut arriver en 1888 pour voir les observations se faire plus fréquentes.

Péan, dans son travail, en 1880, sur le « Diagnostic et le traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin », avait attiré l'attention sur les kystes du grand épiploon et avait fixé quelques points du diagnostic.

En 1910, Guérin, dans sa thèse (Lyon), fait la première étude d'ensemble de la question et tente une classification de ces tumeurs, tâche rendue bien difficile par l'absence ou l'insuffisance des examens histologiques.

Les auteurs qui ont suivi se sont efforcés de combler cette lacune, et les examens histologiques ont permis de mettre un peu de clarté dans cette étude.

Rivé (thèse de Paris 1932) apporte de nouvelles observations de différentes tumeurs kystiques de l'épiploon et propose une nouvelle classification. Touzard (Thèse de Paris, 1934) reprend la question et étudie seulement une catégorie de ces tumeurs : les kystes primitifs ou lymphangiomes kystiques, auxquels il attribue une origine congénitale.

Quelques observations plus récentes ont été publiées, en particulier celle de Van der Ghist, rapportée à la Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles (15 juin 1935) et parue dans *Pédiatrie* (janvier 1936).

Citons aussi les travaux de Bartoli (1934), Hoyau (1935), Treulinger (1935).

CHAPITRE II

CLASSIFICATION

Les tumeurs kystiques du grand épiploon sont de nature fort différente, et jusqu'à présent une classification bien tranchée ne peut guère être basée que sur l'anatomie et la pathogénie. Nous n'avons pas l'intention dans cette étude, limitée aux kystes hématiques, d'étudier toutes les formes décrites par les auteurs; nous voulons seulement assigner à notre observation la place qui peut lui revenir dans le cadre général des kystes du grand épiploon.

Rivé, dans sa thèse, propose de classer ces tumeurs en deux grands groupes :

1° Les vrais kystes, dans lesquels il range les kystes dermoïdes, les kystes séreux, encore appelés lymphangiomes kystiques par Touzard et, enfin, les kystes séreux devenus hématiques. Dans ces deux dernières catégories, il y a des kystes uniloculaires et des kystes multiloculaires.

2° Les faux kystes, qui se subdivisent en kystes hématiques, qui sont ou bien des tumeurs (sarcomes) ayant subi la transformation kystique, ou bien des hématomes enkystés, et en kystes inflammatoires par en-

kystement de corps étrangers; il cite à ce propos une observation personnelle concernant un volumineux kyste provoqué par une réaction inflammatoire du grand épiploon autour d'une grande compresse oubliée dans le ventre au cours d'une opération chirurgicale pratiquée quelques années auparavant.

Nous pensons qu'il est préférable de dire qu'il y a parmi les tumeurs kystiques de l'épiploon :

1° des kystes dermoïdes;

2° des kystes congénitaux ou lymphangiomes kystiques uniloculaires ou multiloculaires à contenu séreux ou hématique;

3° des tumeurs kystiques à contenu hématique, d'origine non congénitale, dont la pathogénie peut être variable : transformation de tumeurs sarcomateuses, hémorragies intraépiploïques spontanées ou traumatiques;

4° enfin, très rarement, des tumeurs kystiques de nature inflammatoire, autour de corps étrangers.

Il semble qu'il soit assez facile, grâce à cette classification, de ranger les cas observés dans la catégorie qui leur convient.

Les kystes dermoïdes sont d'une grande rareté, ils forment une catégorie bien tranchée; nous n'avons pas à les décrire, nous rappellerons seulement que la présence de ces tumeurs composées d'éléments exclusivement ectodermiques dans l'épaisseur de l'épiploon qui est d'origine exclusivement mésodermique, a renforcé singulièrement la théorie blastomérique qui fait de ces kystes des embryomes.

Les kystes congénitaux ou lymphangiomes kystiques ont été aussi considérés comme des embryomes : ils sembleraient avoir leur place bien à part et ils sortiraient aussi du cadre de notre étude si une difficulté ne surgissait de ce fait qu'ils deviennent facilement hématiques. Les auteurs font ici intervenir l'histologie pour résoudre le problème, et le seul élément qui pourra différencier un lymphangiome kystique, devenu hématique, d'un kyste hématique d'une autre origine, sera l'absence ou la présence d'un revêtement endothélial interne de la tumeur. Mais ce revêtement est-il constant? Rivé prétend qu'à partir d'un certain volume le kyste congénital peut ne pas présenter de revêtement endothélial; or, Touzard n'admet comme lymphangiomes que les tumeurs qui, à l'examen histologique, présentent un endothélium plus ou moins visible recouvrant un tissu conjonctif très vascularisé.

Malgré cette difficulté, il semble qu'il y ait peu de tumeurs kystiques du grand épiploon qui resteront inclassées si l'on s'en tient à la classification que nous avons proposée; en particulier nous pouvons dès à présent, ranger notre observation personnelle dans la catégorie des tumeurs kystiques à contenu hématique d'origine non congénitale, étant donnée l'absence d'endothélium, mais sans rien préjuger encore de la pathogénie qui peut lui être attribuée.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

L'étiologie ne nous apportera pas de notions précises; nous pouvons dire seulement que l'enfance n'est pas exempte de cette affection et qu'il est du reste assez logique de penser que si une de ces tumeurs apparaît dans l'enfance, on pourra plutôt la classer, même en l'absence d'examen histologique probant, parmi les lymphangiomes kystiques, que le contenu soit séreux ou hématique : beaucoup des observations publiées concernent du reste des enfants de 2 ans et demi à 15 ans.

Le sexe féminin semble plus prédisposé à cette affection.

Le traumatisme a été invoqué bien souvent : il est certain qu'il peut être la cause d'une hémorragie dans un kyste déjà existant; la paroi est fortement vascularisée; mais un traumatisme est-il suffisant pour expliquer la formation d'une tumeur kystique à contenu hématique, autrement dit d'un hématome enkysté? cela n'est pas encore prouvé, malgré quelques observations qui semblent être en faveur de cette étiologie.

Le diabète n'est pas souvent cité par les auteurs; il semble pourtant qu'il puisse jouer un rôle important

dans la production des hématomes du grand épiploon :
notre observation en est un exemple.

Nous ne parlerons pas des autres causes telles que
tuberculose, syphilis, qui ne semblent jouer qu'un rôle
secondaire. Nous reviendrons sur ces questions au
chapitre de la pathogénie; nous allons maintenant
donner un aperçu de l'étude clinique de ces tumeurs.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE. — SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

A ce point de vue, il y a une grande analogie de symptômes pour des tumeurs de nature différente; il faut tenir compte seulement de la situation de la tumeur dans l'abdomen.

On peut distinguer :

1° La forme de tumeur abdominale, qui est la plus fréquente.

Tant que la tumeur n'a pas pris un développement suffisant, il n'y a aucun trouble appréciable, et la période de latence peut durer plusieurs années; ce n'est que plus tard que l'attention est attirée par l'augmentation du volume du ventre : les symptômes objectifs à la palpation sont ceux d'une tumeur plus ou moins volumineuse, arrondie, souvent ovalaire, à grand axe vertical; elle est indolore, facile à percevoir sous la paroi; ses limites sont précises. A la percussion, elle rend un son mat et elle est encadrée par la sonorité normale de l'abdomen.

A la lecture de ces symptômes, on prévoit les difficultés du diagnostic, qui n'a jamais été posé du reste d'une façon précise avant l'intervention chirurgicale.

Généralement on pose le diagnostic de kyste de l'ovaire chez la femme, et, chez l'homme, de kyste du foie, du pancréas, du mésentère, de la rate, du rein, de l'ouraque; on peut également penser à un rein mobile.

Péan avait donné, comme signes pathognomoniques, le siège superficiel de la tumeur, l'absence de troubles fonctionnels et la mobilité très grande mais limitée vers le bas. Ce dernier symptôme permettrait d'éliminer le kyste de l'ovaire. Le développement de la tumeur qui pour le kyste du grand épiploon se fait de haut en bas et pour le kyste de l'ovaire de bas en haut, serait aussi un élément du diagnostic, mais ce signe est d'une constatation bien difficile.

Le kyste du mésentère, plus fréquent que le kyste du grand épiploon, est mobile, comme lui, mais il n'est pas superficiel et provoque des troubles gastro-intestinaux importants.

L'observation de G. Michel publiée dans la *Revue Médicale de l'Est* en 1905 concernant un cas de kyste lymphatique développé dans l'épaisseur du mésocolon ascendant, met bien en évidence les difficultés du diagnostic de ces tumeurs.

Le kyste hépatique est en général un kyste hydatique et il faut rechercher les symptômes communs aux kystes hydatiques : urticaire, éosinophilie sanguine, intradermoréaction.

Le kyste du pancréas siège plutôt dans la région épigastrique, et il s'accompagne de troubles graves de la nutrition.

Les tumeurs du rein ne sont pas superficielles et il y a des moyens de diagnostic directs par le cathétérisme, la cystoscopie, la pyélographie.

Le rein mobile ne peut guère être confondu avec une tumeur du grand épiploon.

Les hématomes spontanés des muscles droits ne peuvent guère en imposer pour une tumeur profonde.

Les symptômes subjectifs ne sont pas d'un grand secours pour le diagnostic; l'absence de troubles fonctionnels est en faveur des tumeurs kystiques du grand épiploon selon Péan, pourtant beaucoup d'observations signalent que des troubles fonctionnels ont apparu dès que la tumeur a pris un volume assez important.

Après la période de latence, plus ou moins longue, apparaissent des crises douloureuses espacées; les malades se plaignent de sensation de gêne, de pesanteur, de torsion. La malade de notre observation a eu plusieurs crises douloureuses aiguës, qui semblaient, dans ce cas, être en rapport avec des augmentations de volume brusques de la tumeur; certains auteurs attribuent les poussées douloureuses à des réactions péritonéales passagères, et cela est au moins logique si cela n'est pas prouvé.

Dans certains cas, la douleur est continue et sourde, mais c'est l'exception; en général, elle apparaît d'une façon brusque et s'atténue assez rapidement.

Les troubles gastro-intestinaux sont exceptionnels et quand ils existent ils ne peuvent être mis sur le compte de la présence de la tumeur.

Plus tard, si le volume de la tumeur augmente, apparaissent les troubles respiratoires et cardiaques habituels, par refoulement du diaphragme.

L'état général peut être altéré dans les périodes avancées.

2° Après la forme de tumeur abdominale on peut distinguer la forme simulant l'ascite. C'est la forme la plus fréquente chez l'enfant, et il est facile de comprendre que le diagnostic le plus épineux est à faire avec la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse, car c'est l'aspect clinique de toute ascite importante que nous rencontrons ici : ventre tendu, vergetures, sensation de flot; les antécédents, la cuti-réaction seront plus utiles dans ces cas pour le diagnostic que l'examen du malade. On peut dire pourtant qu'avant quatre à cinq ans l'ascite tuberculeuse est rare et que le liquide est plus mobile dans le cas de péritonite tuberculeuse.

La ponction pourrait éclairer le diagnostic, mais elle peut être dangereuse dans le cas d'accolement d'anses intestinales; de plus, l'examen du liquide ne donne pas toujours les renseignements attendus.

3° La forme pelvienne. Il s'agit dans ce cas de tumeurs plus petites qui, à cause de leur situation, gênent assez rapidement dès qu'elles prennent un certain volume : le toucher rectal et le toucher vaginal peuvent les déceler, mais il semble impossible de faire le diagnostic avec le kyste de l'ovaire.

4° Il existe une forme où les symptômes urinaires sont prédominants. Touzé a, dans son observation personnelle, décrit les symptômes que présente son malade : pesanteur dans l'hypogastre, besoin fréquent d'uriner, ténesme, cystalgie.

La tumeur peut se présenter sous l'aspect d'une vessie distendue, le cathétérisme lève les doutes. Dans ce cas le diagnostic est à faire aussi avec les tumeurs de la cavité de Retzius, qui sont en général des sarcomes et ont un pronostic très grave.

La radiographie n'est pas d'un grand secours pour le diagnostic.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION - COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Quelle que soit la forme envisagée, l'évolution des tumeurs de l'épiploon est lente, elle est entrecoupée de phénomènes douloureux, plus ou moins accentués, qui n'inquiètent pas toujours la malade, mais qui peuvent prendre parfois une allure dramatique en cas d'hémorragie massive et d'augmentation brusque du volume de la tumeur.

Si le médecin est appelé lors d'une de ces crises aiguës, il ne peut que faire des hypothèses sur la cause de ces douleurs qui n'ont rien de caractéristique et qui posent le problème de toutes les crises abdominales douloureuses. A ce moment, un diagnostic d'urgence peut s'imposer pour décider d'une intervention chirurgicale immédiate, et ce diagnostic peut errer depuis une péritonite d'origine appendiculaire ou autre, jusqu'à une invagination intestinale et même à un syndrome abdominal aigu du purpura en passant par d'autres causes que Mondor a exposé d'une façon claire dans son livre « Diagnostics urgents. Abdomen ».

On peut supposer que ces symptômes sont dus à une inflammation du kyste, c'est là une exception, car il n'y a pas d'observations publiées indiquant une véri-

table suppuration du kyste, il faut plutôt penser qu'il s'agit de réactions péritonéales de voisinage ou d'une augmentation brusque de volume de la tumeur comme nous l'avons déjà signalé.

Les complications qui peuvent survenir au cours de l'évolution sont exceptionnelles. La rupture est très rare : elle a été signalée par Chalier (1923) ; une observation de Doran datant de 1882 en fait également mention. La torsion du pédicule, quand il existe, a été signalée à plusieurs reprises dans les lymphangiomes kystiques, elle n'a pas été observée dans le cas de kyste hématique.

Nous n'avons trouvé la perforation signalée que dans une seule observation, il s'agissait du reste d'un kyste dermoïde (Doran).

La dégénérescence maligne n'a jamais été signalée. Il a été observé exceptionnellement des symptômes d'obstruction ou d'occlusion intestinale.

Les phénomènes généraux sont d'ordinaire peu marqués et il est surprenant de constater la tolérance des organes abdominaux et de l'organisme en général, vis-à-vis de ces tumeurs, parfois de volume considérable, qui gênent relativement peu les malades et n'altèrent pas profondément l'état général. On signale rarement, en effet, dans les observations publiées l'anémie, l'amaigrissement ; on peut donc dire que ces tumeurs évoluent lentement et se comportent comme des tumeurs bénignes : elles ne provoquent d'accident que lorsqu'elles ont atteint un volume considérable. Leur pronostic est donc favorable.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Quand le kyste hématique forme dans le ventre une tumeur assez volumineuse pour être nettement perceptible, le traitement est exclusivement chirurgical. Les difficultés du diagnostic et les hésitations qui en résultent ont incité parfois les chirurgiens à pratiquer des ponctions exploratrices avant d'entreprendre une laparotomie; nous avons vu que cette ponction n'apporte pas de grands éclaircissements pour le diagnostic, elle peut au surplus être dangereuse et elle est à rejeter comme traitement, car elle est suivie de récidives inévitables.

Dans toutes les observations recueillies, sauf peut-être dans un cas, le diagnostic n'a jamais été fait avant l'intervention mais le manuel opératoire n'est pas très différent suivant que l'on envisage un kyste de l'ovaire par exemple, ou un kyste hématique de l'épiploon.

Le chirurgien est un peu étonné parfois au début de l'intervention; il cherche un pédicule et il n'en trouve pas, ou du moins fort rarement.

En général l'opération se borne à libérer la tumeur des adhérences plus ou moins serrées qu'elle a pu contracter avec les organes voisins, à sectionner quelques

vestiges de l'épiploon qui peuvent unir la tumeur au côlon transverse ou à la grande courbure. La poche est ensuite facilement extraite. Il arrive parfois que son volume est tellement considérable qu'il faille la ponctionner avant cette extraction : notre observation est un exemple de cette nécessité. Généralement il n'y a aucune autre manœuvre à effectuer et le chirurgien peut constater à ce moment l'intégrité des organes voisins, aussi bien du foie, de l'estomac, de la rate, du rein, du mésentère, de l'intestin, du pancréas, que des organes du petit bassin, en particulier chez la femme, de l'ovaire, des trompes, de l'utérus et c'est seulement à ce moment que le diagnostic se précise.

Dans certaines formes de lymphangiomes kystiques multiloculaires à contenu hématique, l'opération a été plus délicate et la libération de la tumeur a été rendue difficile par les adhérences multiples contractées avec les organes voisins; nous avons trouvé un cas où la marsupialisation a été reconnue nécessaire et un autre cas où il a fallu fermer le ventre sans essayer d'enlever la tumeur et recourir à la radiothérapie qui a du reste donné un résultat très favorable.

Mais ce sont là des cas exceptionnels et la plupart des observations signalent la facilité de l'opération et aussi sa bénignité. Le pronostic opératoire immédiat est en effet très bon, il n'a pas été signalé de complications post-opératoires graves; quant aux récidives, elles n'existent pas, si l'on en croit les observations concernant des malades qui ont pu être suivis pendant plusieurs années après l'intervention.

CHAPITRE VII

PATHOGÉNIE

Nous n'avons fait qu'effleurer jusqu'à présent les problèmes de pathogénie qui se posent à propos de l'origine des kystes hématiques du grand épiploon; dans ce dernier chapitre, nous rassemblerons les données qui peuvent nous aider à les résoudre.

Pour cela, il faut tout d'abord séparer nettement le lymphangiome kystique à contenu primitivement séreux devenu hématique, qui est d'origine congénitale et le kyste hématique non congénital.

Pour le lymphangiome kystique, le problème de pathogénie qui se pose est celui de toutes les tumeurs congénitales, et nous n'insisterons pas longuement sur ce point; il dépasse les limites de notre sujet.

En résumé, on peut dire, avec Touzard, « qu'il est évident que tumeur endothéliale, le lymphangiome ne peut se développer qu'aux dépens de l'endothélium péritonéal ou des vaisseaux et ganglions lymphatiques ».

Il est peu probable qu'un processus inflammatoire intervienne pour expliquer la dégénérescence kystique: on a voulu faire intervenir la stase consécutive à une inflammation chronique de l'épiploon, qui aboutirait

à la lymphangiectasie (Fisher). Mais l'hypothèse la plus généralement admise, du moins jusqu'à présent, est qu'au début il s'agit d'un embryome et que la qualité embryonnaire du tissu du lymphangiome lui confère une sorte de potentiel d'activité qui sera déclanchée par une cause mal déterminée et par un mécanisme difficile à préciser.

Nous chercherons plus spécialement les causes qui peuvent provoquer dans ce kyste une hémorragie, et comme il semble logique de supposer que les mêmes causes peuvent produire les mêmes effets dans un épiploon ne renfermant pas antérieurement de tumeurs, nous ne séparerons pas l'étude de la pathogénie dans ces deux cas.

On peut dire tout d'abord qu'il ne semble pas étonnant qu'une hémorragie puisse se produire dans le grand épiploon, organe fortement vascularisé, mais la cause déterminante de cette hémorragie est plus difficile à préciser.

Le traumatisme a été invoqué, et il est indiscutable dans certaines observations (Rochard, Oberlin, Rouiller, Duval), mais il est l'exception et il ne suffit pas de dire qu'un traumatisme a pu passer inaperçu et qu'il a suffi d'un léger effort pour provoquer une hémorragie soit intra-kystique, soit intra-épiploïque. Il faudrait faire intervenir alors soit une fragilité vasculaire antérieure due à l'athérome par exemple, soit une diathèse hémorragipare. Dans notre observation, par exemple, il faut signaler le fait spécialement intéressant qu'il s'agissait d'une diabétique qui avait fait antérieurement une hémorragie cérébrale avec une héli-

plégie transitoire consécutive : les artères sont souvent athéromateuses chez les diabétiques arthritiques et la dégénérescence des parois vasculaires explique la fréquence de l'hémorragie cérébrale. Il semble logique de dire que dans ce cas une rupture vasculaire ou une thrombose ont été à l'origine de cette hémorragie du grand épiploon; on peut supposer que cette hémorragie n'a pas été considérable d'emblée et que ce n'est que progressivement que le sang s'est infiltré entre les feuillets de l'épiploon en provoquant de temps à autre de légères réactions inflammatoires correspondant aux périodes douloureuses de l'évolution; le sang épanché se comporte dans ce cas comme un corps étranger autour duquel des réactions de défense se produisent, aboutissant à l'enkystement, c'est-à-dire à la production d'une poche à parois fibreuses.

Rivé, dans sa thèse, cite l'observation inédite d'un volumineux kyste formé autour d'un corps étranger qui, dans ce cas, n'est pas du sang mais une compresse oubliée dans le ventre au cours d'une opération antérieure. Le sang épanché peut jouer dans notre cas le même rôle que cette compresse.

Il est certain que des réactions de défense avec un processus inflammatoire modéré se produisent en même temps autour du sang épanché : l'examen histologique montre en effet dans notre observation de gros amas lymphocytaires, véritables nodules lymphoïdes, qui changent l'aspect de l'épiploon normal, mais ce ne sont là que des phénomènes d'importance secondaire.

Un autre mode pathogénique pourrait être envisagé : des cas d'amputation par torsion d'une frange épi-

plœïque ont été observés par différents auteurs ; Guibal, en particulier, a publié trois observations de volvulus du grand épiploon et un cas d'amputation parcellaire par torsion de l'épiploon. Cette dernière observation est particulièrement intéressante pour notre sujet, parce que s'il est difficile d'expliquer l'infarcissement d'une frange péritonéale, il est possible d'admettre que cette petite masse épiploïque une fois libre, subisse une dégénérescence hémato-kystique qui pourrait être le point de départ d'une tumeur, en jouant elle aussi le rôle d'un corps étranger.

Mais s'il est relativement facile d'expliquer après l'hémorragie le processus d'enkystement, la cause première de cette hémorragie, en dehors du traumatisme avéré, n'apparaît pas d'une façon claire. On peut faire intervenir l'embolus ou la thrombose avec leur conséquence : l'infarctus.

Les idées ont beaucoup évolué à ce sujet et des théories nouvelles, basées sur des recherches expérimentales dont les résultats sont comparés avec des faits cliniques, semblent battre en brèche les doctrines classiques.

Le livre tout récent (1937) de MM. Grégoire et Couvelaire intitulé « Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques », ouvre un chapitre nouveau de pathologie.

Ces auteurs pensent en principe qu'il faut distinguer l'infarctus, conséquence d'une embolie et d'un thrombose et la maladie qui a aussi, comme l'infarctus, le caractère d'infiltration sanguine, mais qui a une pathogénie toute différente : elle peut être reproduite expé-

rimentalement, par irritation du système neuro-végétatif.

MM. Grégoire et Couvelaire proposent de donner à cette maladie le nom, un peu oublié, d'apoplexie.

Pour mieux faire comprendre l'idée générale qui se dégage de cette étude remarquable, nous nous permettons d'en reproduire les lignes suivantes, qui résument bien l'idée première des auteurs :

« A l'heure actuelle, on connaît nombre de cas d'infiltration sanguine, apparus brusquement dans l'intérieur d'un viscère : la pancréatite hémorragique, l'infarctus de l'intestin sans lésions vasculaires, l'apoplexie utéro-tubo-ovarienne ou utéro-placentaire, la thrombose du testicule, l'apoplexie pulmonaire, l'hémorragie cérébrale sont autant d'exemples. Cependant, on les décrit comme autant d'affections tout à fait différentes et sans aucune ressemblance les unes avec les autres.

« Pourtant, elles ont ce caractère anatomique commun d'être autant d'apoplexies viscérales. Elles ont ce caractère clinique commun de frapper brutalement et de s'accompagner, à leur début, de phénomènes généraux graves, dont la chute de la tension artérielle est le principal. Plus tard, il est vrai, elles présentent des signes particuliers qui diffèrent suivant l'anatomie et la fonction de l'organe lésé, et c'est ce qui a trompé les observateurs et leur a caché la similitude d'origine. »

« L'expérimentation nous a permis de reproduire, dans le même ordre, phénomènes généraux et phénomènes particuliers. Aussi nous est-il possible, aujourd'hui, de proposer une façon nouvelle de comprendre

ces diverses maladies et de les réunir toutes sous une dénomination qui exprime leur pathogénie commune: apoplexies par choc d'intolérance. »

Et, plus loin (page 176), MM. Grégoire et Couvelaire signalent, pour appuyer leur thèse, que l'ancienne interprétation de l'hémorragie cérébrale est abandonnée par les neurologues; la rupture grossière d'un anévrysme ou d'un vaisseau altéré est une extrême rareté, l'extravasation sanguine résulte d'une réaction des nerfs des vaisseaux, sous l'influence d'une excitation par choc d'intolérance dont l'agent causal est encore inconnu, mais n'est peut-être pas unique.

Il n'est pas question, dans cet important travail, de l'épiploon, mais nous ne pouvons nous défendre d'invoquer une certaine analogie au point de vue pathogénique entre les hémorragies viscérales signalées plus haut et celles que nous avons décrites dans ce travail.

Notre observation est spécialement intéressante à ce point de vue, puisque la malade a été atteinte en 1934 d'une hémorragie cérébrale avec paralysie transitoire sans aucune séquelle. Ce retour à l'état normal est bien une caractéristique des apoplexies par chos d'intolérance.

C'est une diabétique, et au cours de cette affection certains produits de désintégration cellulaire peuvent avoir une action sur la régulation nerveuse des vaisseaux; cela ne semble qu'une hypothèse un peu osée, et pourtant des expérimentateurs, comme Fromel et Heuscher, cités par Grégoire et Couvelaire, ont réussi à provoquer des hémorragies cérébrales par l'injection

de substances diverses, en particulier d'extraits de muscles striés. Les hémorragies du grand épiploon peuvent-elles avoir une origine identique à celles qu'on observe cliniquement et qui ont été reproduites expérimentalement au niveau des viscères? Peut-il s'agir, dans ces cas, d'apoplexies par choc d'intolérance? Nous n'oserions l'affirmer; nous avons voulu seulement émettre une hypothèse qui ne nous semble pas devoir être rejetée d'emblée.

CONCLUSIONS

Nous avons essayé dans ce travail, à propos d'un cas intéressant et rare, de donner une idée de l'état actuel de nos connaissances concernant les tumeurs kystiques du grand épiploon à contenu hématique.

Nous avons tenté de donner une classification qui permette d'y faire entrer les cas différents observés.

Nous avons vu que les renseignements tirés des symptômes soit objectifs, soit subjectifs, de l'étiologie, de l'évolution, ne permettaient presque jamais de faire un diagnostic précis. Ce diagnostic n'est généralement fait que lors de l'intervention chirurgicale et encore ne peut-il être précisé que par l'examen macroscopique et surtout microscopique de la pièce, l'histologie seule permettant de différencier les espèces de tumeurs.

L'évolution est lente; après une période de latence plus ou moins prolongée apparaissent parfois des phénomènes aigus qui attirent l'attention du malade et du médecin.

Le traitement est purement chirurgical, l'opération ne présente pas de difficultés dans la plupart des cas, le pronostic opératoire immédiat ou éloigné est favorable.

Nous avons étudié en dernier lieu la pathogénie de ces tumeurs qui reste assez obscure; nous avons vu qu'elle est surtout intéressante au point de vue de la formation du contenu hématique et nous avons émis à ce sujet une hypothèse tirée des idées nouvelles sur les apoplexies viscérales par choc d'intolérance.

VU ET APPROUVÉ :
Nancy, le 12 novembre 1937.

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

VU :
Nancy, le 10 novembre 1937.

Le Président de Thèse,
LUCIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Nancy, le 13 novembre 1937.
Le Recteur de l'Académie,
BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université.

OBSERVATIONS

1. — PÉAN (1880).

Femme de 40 ans. Tumeur abdominale. Le toucher vaginal combiné montre un kyste indépendant de l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Opération : ascite de 6 litres. Apparition d'un kyste volumineux à parois bleuâtres. La ponction donne 18 litres de liquide brun chocolat. Pas de connexion avec l'utérus et les ovaires. Le kyste est implanté par son pôle supérieur dans le grand épiploon qui, par ailleurs, l'enveloppe de toutes parts. Il est extrait après ligature en chaîne de la partie supérieure du grand épiploon.

Suites opératoires normales.

2. — JACOBI (1901).

Fille de 7 ans. Depuis 4 ans l'abdomen se développe et l'enfant maigrit.

Diagnostic : ascite tuberculeuse.

Ponction : 2 litres un quart de sérosité claire légèrement hématique. Deux ans après, intumescence abdominale très nette.

Deuxième ponction, puis opération : kyste multiloculaire à parois minces, incorporé au grand épiploon.

Guérison.

3. — BOYD (1903).

Garçon de 11 ans. Perte d'appétit, vomissements. Ventre qui augmente régulièrement, douleur continue, sourde dans le bas-ventre. Gros amaigrissement.

Diagnostic : ascite tuberculeuse ou kyste du rein gauche.

Opération : kyste à paroi mince recouvert par le G. E. dont il occupait la cavité. On retire 7 litres de liquide brun verdâtre.

Guérison.

4. — EDELBOHLS (1893).

Femme de 37 ans. Le ventre augmente depuis 8 mois.

Opération : kyste monoloculaire contenant un liquide couleur chocolat, appendu par un large pédicule au bord inférieur du G. E.

Guérison.

5. — BIDWELL (1905).

Homme de 62 ans. Abdomen énorme.

Ponction : 18 litres de liquide sanglant.

Diagnostic : tumeur maligne.

Opération : tumeur kystique qui provenait de l'épiploon par un pédicule distinct.

Guérison.

6. — PYBUS (1917).

Fillette de 4 ans. Entre à l'hôpital avec le diagnostic d'ascite tuberculeuse.

Ventre déjà gros à 9 mois, ponctionné à 18 mois et à 2 ans; le liquide se reforme.

Nouvelle ponction à l'hôpital : 3 litres de liquide.

On ponctionne de nouveau un an après, par deux fois, et on retire 1 litre de liquide légèrement rougeâtre.

Laparotomie exploratrice : kyste à paroi mince, occupant presque tout l'abdomen, relié à la paroi par 3 tractus. On ponctionne et on extirpe. La partie supérieure adhère à la grande courbure de l'estomac.

Guérison.

Le liquide était brunâtre et contenait des cristaux de cholestérine.

L'examen histologique n'a pas montré de couche épithéliale.

7. — MESSA (1911).

Femme de 22 ans. Augmentation de volume progressive de l'abdomen depuis trois mois. Pas de retard des règles. Aucun signe fonctionnel.

Tumeur rénitente, régulièrement arrondie, médiale, mobile.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Opération : kyste volumineux du grand épiploon, à contenu sanguin.

Guérison.

8. — MARINACCI (1925).

Fillette de 12 ans. Brusquement, douleurs violentes dans le ventre, sans vomissements ni température. Les douleurs se calment, mais le ventre grossit. Quinze jours après, tumeur abdominale de la grosseur d'une tête d'adulte, arrondie, médiane, nettement limitée, de consistance élastique, avec frémissement hydatique, séparée du foie et de la rate, indépendante de la respiration.

Diagnostic : kyste hydatique du mésentère.

Opération : gros kyste, rouge foncé, occupant tout l'espace compris entre l'estomac et le côlon transverse. Adhérences avec le mésocôlon telles qu'il est impossible de l'énucléer. On se contente de le marsupialiser après avoir extirpé la majeure partie de la paroi kystique.

Le kyste était multiloculaire et contenait du sang.

Le grand épiploon n'existait plus et la tumeur en occupait le siège.

Guérison.

9. — ROCHARD (1912).

Homme de 23 ans. Douleur vive survenue après un gros effort. Le malade s'alite avec de la fièvre et des frissons : courbature générale, ventre ballonné, lourd et douloureux.

Entre à l'hôpital dix jours plus tard : pas de température et aucun symptôme d'une inflammation péritonéale. On constate seulement les signes d'une tumeur liquide, intra-abdominale.

Diagnostic : kyste hydatique du foie.

Opération : masse bleuâtre recouverte par l'épiploon, qui lui adhère : paroi mince, transparente, assez vascularisée; gros kyste du G. E. contenant un liquide séro-hématique clair.

Guérison.

10. — MARKOE (1912).

Femme de 27 ans, vient pour une tumeur inguinale congénitale qui augmente depuis un an.

Examen : tumeur inguinale droite, ferme, mais légèrement fluctuante. Pas d'impulsion à la toux. Les annexes sont indépendantes.

Diagnostic : hernie dont le sac contient probablement l'ovaire.

Opération : kyste sérosanguinolent, prolabé jusqu'au canal inguinal, grâce à un long pédicule.

Guérison.

11. — OUCHARD (1921).

Homme de 27 ans. Aurait eu dès l'enfance un ventre gros, sans ressentir aucune douleur.

Antécédents bacillaires : péritonite tuberculeuse.

Homme bien constitué, abdomen volumineux, pas de circulation veineuse collatérale. Tumeur médiane, rénitente, mate, mobile dans tous les sens.

Radioscopie après repas bismuthé : tumeur sans connexion avec le tube digestif, ni avec le foie.

Diagnostic : kyste hydatique du mésentère.

Opération : volumineux kyste à parois blanchâtres, à la surface duquel serpentent des vaisseaux épiploïques. Extériorisation impossible en raison du volume de la tumeur. Ponction. Liquide brun.

Impossibilité de trouver un plan de clivage entre le kyste et l'épiploon : on enlève alors l'épiploon en totalité avec le kyste.

12. — SEEFISCH (1909).

Enfant de 4 ans. Tuméfaction considérable de l'abdomen survenue progressivement et dont le début remonte à 4 mois. Mauvais état général.

Diagnostic : ascite tuberculeuse.

Opération : pas d'ascite. Enorme kyste à parois minces du G. E., développé en partie dans l'arrière-cavité et fixé par un mince pédicule au côlon transverse.

Contient 3 litres de liquide hématique.

Paroi constituée par un tissu conjonctif, recouvert sur ses deux faces d'un endothélium.

Guérison.

13. — MATTEWS (1905).

Enfant de 8 ans. Depuis 9 mois, douleurs et augmentation de volume, progression de l'abdomen. Dyspnée d'effort. Mauvais état général.

Examen : circulation collatérale, matité sauf dans les flancs, sensation de flot.

Ponction : liquide brun rouge. Globules rouges. Quelques leucocytes et cellules endothéliales. Amélioration passagère.

On décide finalement l'intervention chirurgicale : kyste contenant 3 litres de liquide brun foncé, situé au-devant de l'intestin, légèrement adhérent au péritoine pariétal, rattaché par un gros pédicule au G. E.

Examen histologique : lymphangiome.

Guérison.

14. — STILLMANN (1911).

Femme de 42 ans. Augmentation progressive du volume de l'abdomen depuis quelques mois. Douleurs vives plus marquées à l'épigastre que dans le pelvis.

La tumeur, de la dimension d'une tête d'adulte, est attachée à l'utérus et est d'une mobilité extrême.

Diagnostic : myofibrome de l'utérus.

Opération : le fibrome pédiculé est également rattaché à l'épiploon par un gros pédicule. Entre les feuillets du G. E. on trouve une quantité de kystes allongés avec parois excessivement minces et de dimensions variables.

On enlève l'épiploon en entier.

Les kystes présentent tous les mêmes caractères : paroi mince, transparente, limitée par un endothélium. Liquide clair ou rose.

Au microscope : lymphocytes, polynucléaires et globules rouges en proportion variable.

15. — BORCHERS (1920).

Garçon de 4 ans et demi. Distension progressive de l'abdomen, pas de signes fonctionnels. Tumeur mate. Pas de signes de tuberculose; pas de température.

Ponction : petite quantité de liquide brunâtre contenant de l'albumine.

Impossibilité de faire un diagnostic.

Opération : abdomen entièrement rempli de kystes développés dans le grand épiploon, le long du côlon transverse. Guérison en 18 jours.

Dans les sédiments du liquide : nombreux lymphocytes. cellules en dégénérescence graisseuse et nombreux cristaux de cholestérine.

Histologiquement : tissu lâche avec nombreuses cavités vides ou remplies de lymphocytes ou d'hématies.

16. — RYAN (1926).

Garçon de 4 ans. Tumeur abdominale gênant la respiration; l'abdomen est gros depuis la naissance.

Une première ponction ramène une grosse quantité de liquide brun. Le liquide se reforme ensuite lentement et on ponctionne à nouveau au bout d'un an.

On découvre enfin, à l'épigastre, une masse difficilement palpable. Pas de vomissements. Constipation. Bon état général. Appétit conservé; cependant, légère perte de poids dans les derniers temps.

Aucun traumatisme dans les antécédents.

Examen : enfant bien constitué, assis dans son lit, respire difficilement. Abdomen augmenté de volume et mat. A la partie supérieure et sur la ligne médiane, une masse très nette, molle, lisse et mobile. Pas de gargouillement, ni d'ondulations péristaltiques. La radiographie n'apporte aucun indice pour le diagnostic.

On refait une ponction : le liquide retiré est sombre, brunâtre, ressemblant à du marc de café.

Opération : kystes remplissant entièrement l'abdomen, adhérents les uns aux autres. Le liquide renferme une grosse quantité de globuline, d'albumine et de sang.

17. — BRANDT (1894).

Jeune fille de 15 ans. Tumeur abdominale, remontant jusqu'à l'ombilic, rénitente, indolore et mobile.

Opération : kyste du G. E. à contenu hématique, libre dans le ventre. Liquide noirâtre.

Examen histologique : paroi fibreuse, tapissée à l'intérieur d'une seule couche épithéliale.

Guérison.

18. — MARFAN (1896).

Fillette de 4 ans et demi. Gros ventre depuis la naissance : augmentation de volume progressive.

Examen : peau tendue, ombilic déplissé, pas de circulation collatérale. A la percussion, matité complète, sauf à l'épigastre. Sensation de flot. Aucun antécédent tuberculeux.

Diagnostic : ascite.

Ponction : 2 litres de liquide noirâtre.

Opération : poche ressemblant à une agglomération d'anses intestinales dilatées et enflammées. Cette poche n'est autre que le G. E. transformé en un kyste multiloculaire, renfermant de la sérosité sanguinolente.

Examen histologique : paroi formée de tissu conjonctif adulte infiltré de cellules embryonnaires, sans revêtement endothélial. En somme kyste séro-sanguin du G. E., probablement d'origine congénitale.

Guérison.

19. — FORT (1907).

Fillette de 2 ans et demi. Gros ventre depuis l'âge de 18 mois : augmentation progressive et douleurs.

Opération : kyste hématique de l'épiploon ayant l'apparence d'une volumineuse anse intestinale distendue et en voie de sphacèle.

Guérison.

20. — ISELIN (1927).

Homme adulte. Tumeur volumineuse découverte à l'occasion de l'exploration de l'abdomen pour une maladie intercurrente. Pas de diagnostic posé.

Opération : kyste remplissant le ventre. Pôle supérieur en contact avec l'estomac, pôle inférieur plongeant dans le Douglas. Extirpation facile. Hémolymphangiome kystique.

Guérison.

21. — CHALIER (1923).

Homme de 65 ans. Porteur depuis longtemps d'un gros ventre mais l'augmentation régulière ne l'inquiète guère, car il n'en souffre pas. Un jour, il tombe sur ce ventre qui s'affaisse et devient douloureux.

Opération : à l'ouverture du ventre, un liquide séro-hématique sort et on évacue environ 5 à 6 litres. On découvre alors le kyste ratatiné, à peu près vide, et perforé à son pôle inférieur.

Libération facile, sauf au niveau de l'estomac, qui se déchire. Par prudence, on fait une gastro-entérostomie au bouton.

Suites opératoires : guérison, mais au bout d'un an, réintervention pour ulcus développé au point où le kyste adhérerait. Libération difficile de l'estomac. La première bouche est fermée. On fait une large anastomose gastro-jéjunale à l'aiguille cette fois, avec exclusion pylorique par un fil.

Guérison.

22. — SIMON (1858).

Homme de 44 ans. Entre à l'hôpital pour rétention d'urine.

Le cathétérisme ne ramène rien. On constate une volumineuse tumeur abdomino-pelvienne, s'étendant de l'ombilic jusqu'au bassin, régulière, rénitente. Cette tumeur, qui date de 12 ans, est diagnostiquée tumeur de l'épiploon. Le malade meurt de choléra.

Autopsie : tumeur du G. E. bleuâtre, lisse, légèrement bombée. Ouverture : poche fibreuse contenant dans ses deux tiers inférieurs du sang coagulé, mais dont le tiers supérieur était occupé par une masse grisâtre, sillonnée de larges canaux pleins de sang et creusés de petites cavités renfermant des caillots.

L'examen histologique montre des noyaux et des corps fusiformes.

23. — KEEN (1898).

Homme de 48 ans. Tumeur qui augmente de volume depuis 15 mois et détermine une gêne respiratoire appréciable.

Opération : kyste hématique du G. E.

Examen histologique : sarcome mixte à prédominance de cellules rondes, devenu secondairement kystique par des hémorragies successives.

Guérison.

24. — HASBROUCK (1908).

Femme de 50 ans. Tumeur abdominale dont l'apparition date d'environ 1 an.

Opération : volumineuse tumeur bleuâtre, entièrement enveloppée d'épiploon, ayant provoqué l'apparition d'un peu d'ascite. Ablation.

Examen de la pièce : poids 40 livres. A la coupe : petits kystes et caillots sanguins.

Examen histologique : mésothéliome.
Guérison.

25. — ROUILLER (1884).

Homme de 76 ans. Depuis 2 ans l'abdomen augmente progressivement de volume. Traumatisme violent 20 ans auparavant dans la région de l'hypocondre droit. Mort.

Autopsie : volumineuse tumeur dans le flanc droit, rénitente, lisse, blanc rosée, à parois épaisses de 2 mm., contenant un liquide noirâtre. Adhérences au foie et au côlon transverse.

26. — GALLEMAERTS (1886).

Femme de 76 ans. Meurt peu après son entrée à l'hôpital.

Autopsie : épiploon gonflé par une masse arrondie, bleuâtre, incluse entre les deux feuillets.

A la coupe, cette masse apparaît comme un kyste divisé en loges de différentes tailles, contenant toutes des caillots de sang.

Examen histologique : masse fibreuse englobant des caillots. Athérome vasculaire.

27. — BUSH (1896).

Homme de 25 ans. Coliques abdominales assez vives dans le flanc gauche depuis 4 jours seulement. Température entre 38° et 39°.

Diagnostic : péritonite de cause indéterminée.

Opération : épiploon énorme, transformé en une masse rénitente et fluctuante, pleine de sang.

Grosse hémorragie profuse pendant l'opération.

Le malade succombe deux jours après.

L'autopsie révèle l'existence d'autres foyers hémorragiques dont un rétro-péritonéal.

28. — HOLLEMANN (1908).

Femme de 19 ans. Souffre du ventre, surtout à gauche, depuis 6 ans. Au toucher bi-manuel on sent au flanc gauche de l'utérus une masse arrondie, rénitente, mobile.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Opération : Colpotomie. On retire un kyste à contenu noirâtre, appendu par un pédicule au bord inférieur du G. E.

Examen histologique : paroi constituée par un tissu conjonctif pauvre en cellules. Pas d'épithéliome à la face interne.

Il s'agit probablement d'une hémorragie intra-épipoïque enkystée.

Guérison.

29. — P. DUVAL (1920).

Homme de 27 ans. Entre à l'hôpital pour un kyste intra-abdominal. Violent traumatisme cinq mois et demi auparavant (serré entre les tampons de deux wagons). Deux ponctions pratiquées à quinze jours d'intervalle avaient ramené un liquide hémorragique.

A l'inspection du ventre : pas de voussure ni de circulation collatérale.

A la palpation : masse rénitente, lisse, régulière. De forme ovoïde, à grand axe vertical, elle présente un pôle inférieur aminci. Pas de trace d'ascite.

Diagnostic : kyste du G. E. ou du mésentère.

Opération : volumineuse tumeur bleuâtre refoulant les anses grêles latéralement : on enlève sans qu'il soit néces-

saire de poser aucune ligature. On remarque alors que le G. E. n'existe plus, la tumeur en avait exactement le siège et les connexions : elle renfermait un liquide noirâtre et visqueux.

Examen histologique : paroi constituée par une bande épaisse, fibreuse, avec par places dépôts de cristaux de cholestérine. Pas de revêtement épithélial sur la face interne. Contenu gélatineux ayant formé un dépôt important de globules rouges.

Il s'agit donc d'un kyste hématique du G. E. ou hématome enkysté.

Guérison.

30. — KEMPENEERS, VAN DER GHINST, VAN DER LINDEN
(1935).

Fille de 12 ans. Se plaint depuis 6 mois de douleurs diffuses dans l'abdomen. Il existe dans le ventre une tumeur de la grandeur d'une tête d'enfant; cette masse s'étend du pubis à l'ombilic et présente une certaine mobilité. Au cours d'une anesthésie générale, la mobilité de la tumeur s'accroît fortement par le relâchement musculaire, et elle peut être séparée du pubis et refoulée sous le foie. L'exérèse chirurgicale a montré que cette masse correspondait à un kyste volumineux formé aux dépens de l'épiploon. Les parois du kyste sont bordées d'un épithélium pavimenteux simple et ont une structure fibro-musculaire. L'origine lymphatique de cette formation paraît démontrée.

Le liquide du kyste est riche en protéines et a une composition en urée et en cholestérine analogue à celle du sérum sanguin.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — Tumeurs du grand épiploon (*Progrès Médical*, 4 janvier 1920).
- ARZELA. — Contributo anatomo-pathologico e clinico allo studio delle cisti linfatiche del gravide epiploon (*Policlin.*, Roma, 1922, XXIX. *Sez. Chir.*, 417-442).
- AUGAGNEUR. — Tumeurs du mésentère (Thèse d'agrégation, 1885-1886).
- BARTOLI. — Kystes congénitaux du grand épiploon (*La Clinica Chir.*, octobre 1934).
- BERNADET (G.). — Kyste séreux du grand épiploon (*Gynéc. obst.*, Paris, 1925, XI, 374-375).
- BERTI (G.). — Contributo allo studio delle cisti del grade omento (*Pensiero med.*, Milano, 1921, LXVI, 1129).
- BORCHERS. — Lymphangioma cisticum des grossen Metzen (*Munschen. Med. Woch.*, 1919, LXVI, 1129).
- CHALIER (A.). — Kyste hématique du grand épiploon rompu en péritoine libre : opération, guérison (*Bulletins et Mémoires de la Société de Paris*, 1923, XLIX, 186-189).
- DEROM (Emile). — Kyste paracæco-côlique par persistance du diverticule épiploïque droit, simulant une appendicite aiguë (*Journal belge de gastro-entérologie*, n° 1, janvier 1933).
- DESAUX. — Les hématomes spontanés des grands droits (Thèse de Nancy, 18 mars 1937).
- DOWD (C.-N.). — Cysto of the omentum (*Ann. Surg. Philad.*, 1911, LIV, 617-624, 1 pl.).
- ELLIS (R.-E.). — Omental cysto (*Canadian M. Ass. J. Toronto*, 1913, II, 33-39).
- FRANK. — *The Americ Journ. of Obst.*, mars 1913.

- GRÉGOIRE et COUVELAIRE. — Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques (infart. viscéraux). Masson et Cie, Paris, 1937.
- GUÉRAIN. — Thèse Lyon, 1910.
- GAIRDNER. — *Transact. Path. Soc.*, London, 1852.
- GUIBAL et BERTRAND. — Trois observations de volvulus du grand épiploon (*Académie de Chirur.*, 1936, p. 1267).
- GUIBAL. — Amputation parcellaire par torsion de l'épiploon (*Société de Chirurgie*, 1933, p. 1254).
- GUILLEMOT (L.)-LEVEUF (J.). — Kyste du grand épiploon chez un enfant de quatre ans (*Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, 31, 190-194, avril 1933).
- HARVEN (DE). — Kyste de l'épiploon (*Bruxelles Médical*, 1927, p. 506).
- HASBROUCK (E.-M.). — Enormus endotheliomatous cyst. of the gust. omentum (*Ann. Surg. Philad.*, 1908, XLVIII, 205-218, 1 pl.).
- KOUNEY-MASON (U.-G.). — Omentalogits with report of case of multilocular cyst. of great omentum (*J. Med. M. Ass. Tuskegee Als.*, 1916, VIII, 87-91).
- HOWE (F.). — Omental cyst. in inguinal hernia (*Brit. M. J.*, I, 716, avril 28, 1928).
- HORGAN. — Kystes du grand épiploon (*Amer. J. of Surg.*, septembre 1935).
- IOSALINE (G.). — Les Kystes dermoïdes du grand épiploon (Montpellier, 1914).
- JACKSON (R.-H.). — A mental cyst. (*Am. Jr. Surg.*, 4, 39-43, janvier 1928).
- JOSSELIN DE JONG (R. DE). — Riddle of abdominal cavity, cysts of mesentery, omentum and intestine (*Nederl. Tijdsch. geneesk.*, 74, 2098-2107, avril 26, 1930).
- KEMPENEERS, VAN DER GHINST, VAN DER LINDEN. — Un cas de kyste du grand épiploon (Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles, séance du 15 juin 1935, in *Bruxelles Médical*, n° 36, 7 juillet 1935).
- KUSTER (A.-K.). — Cystic lymphangioma of large omentum (*Russk. Klin. Mosh*, 1925, III, 94-105).
- KRUPP (D.-D.). — Hematoma of the gastrohepatic omentum, X ray. plate suggestive of carcinoma of the stomach. (*J. Radiol. Omaha*, 1922, III, 538).

- LANCE-LECÈNE. — Kyste volumineux du grand épiploon (Soc. Anatomique, 24 avril 1903 : *Bull.*, p. 400).
- LAY (E.-B.). — Cisti voluminosa siero purulenta del gravidamento, intervento attivo guanguione (*Morgagni Milano*, 1925, LXVII, 1153-1157).
- MARFAN. — Kyste multiloculaire du grand épiploon (*Presse Méd.*, 1896, p. 133).
- MARINACCI (S.). — Cisti ematiche del grande epiploon (*Policlin. Roma*, 1925, XXXII, sez. prat., 344-345).
- MARKOE-PHERSON (J.-W.). — Three case of cysts of the omentum (*Bull. Lyung in Hosp.*, N.-York, 1911, 1912, VII, 70-76).
- MEYER-SHAPIRO. — Kyste dermoïde du petit épiploon (*Amer. J. of Surg.*, mars 1935).
- MICHEL (G.). — Kyste pararénal et juxtaintestinal d'origine lymphatique (*Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} mars 1905, tome XXXVII, n° 5).
- MICHEL (G.), BERTRAND, GRUMILLIER. — Torsion du grand épiploon (*Revue Médicale de l'Est*, 1935, p. 815).
- MONDON (H.). — Diagnostics urgents. Abdomen.
- NICOLAS. — Traitement chirurgical des kystes du mésentère (Thèse de Nancy, 25 avril 1936).
- OBERLIN. — Les Kystes hématiques des grands épiploons (*Revue de Chirurgie*, 1921, LIX, 216-232).
- OLIVA (F.). — Cisti ematica della retrocavita degli epiploon d'origine pancreatica (*Minerva Med.*, I, 852-854, 16 juin 1932).
- OUDARD. — Kyste séro-hématique du grand épiploon, ablation avec résection totale du grand épiploon (*Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1921, XLVII, 1429-1434).
- PARISET (P.). — Contributo alla studio della formazioni cistiche non parassitarie del grande omento (*Arch. Ital. di Chir.*, 31, 419-433, 1932).
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin (1880).
- PETERSON (E.-W.). — Mesenteric and omental cysts. (*Ann. Surg.*, 96, 340-349, sept. 1932).

- RIVÉ (E.). — Contribution à l'étude des Kystes du grand épiploon (Kystes hydatiques exceptés) (Thèse de Paris, 1931. — Imp. Caillaux, Paris).
- SEEFISCH (G.). — Ein Fall von grosser zyste des Metzes bei einzen vierfahrigen Kinde (*Deutsche Med. Wohnschr.*, Leipzig, 1909, XXXV, 1790).
- TOUZARD (René). — Contribution à l'étude des lymphangiomes kystiques du grand épiploon (Thèse de Paris, 1934. — Edit. : Jouve, rue Racine, Paris).
- TRENTINGER (J.). — Kyste dermoïde dans l'épiploon, avec kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires (*Arch. f. Gyn.*, 20 mars 1934, in *Journal de Chirurgie*, n° 4, 1935).
- VAIRAHAM (S.-A.). — Notes on a case of acyst of the lesser omentum (*J. Ceylan Br. Brita, M. Ass. Colombo*, 1921, XVIII, 43).
- WAKEFIELD (W.-F.-B.). — Cystic lymphangioma of the gastrocolic omentum (*Tr. Am. Gynec. Ass. Philad.*, 1907, XXXII, 447-451).
- VAN DER GHIEST, VAN DER LINDEN. — Un cas de kyste du grand épiploon (*Pédiatrie*, janvier 1936, et *Scalpel*, 21 février 1935).
- WYATT (O.-S.). — Amental cyste in Children (*Minnesota Med.*, 14, 656-657, July 1931).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	VII
INTRODUCTION	1
<i>Observation</i>	3
<i>Historique</i>	7
<i>Classification</i>	9
<i>Etiologie</i>	13
<i>Etude clinique, symptomatologie et diagnostic</i>	15
<i>Evolution, complications et pronostic</i>	21
<i>Traitement</i>	23
<i>Pathogénie</i>	25
<i>Conclusions</i>	32
<i>Observations</i>	35
BIBLIOGRAPHIE	49

IMP. LORRAINE, RIGOT & C^{ie}. - NANCY
